

Ciudad de Costa Mesa ♦ Programa de R.O.C.K.S ♦ Forma de Registración

POR FAVOR IMPRIMIR Y LLENE COMPLETAMENTE					
NIÑO 1 NOMBRE (PRIMERO)	NIÑO 1 NOMBRE (APELLIDO)	FECHA DE NACIMEINTO	EDAD	GENÉRO	GRADO
		___ / ___ / ___			
NIÑO 2 NOMBRE (PRIMERO)	NIÑO 2 NOMBRE (APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENÉRO	GRADO
		___ / ___ / ___			
PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (PRIMERO)	PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (APELLIDO)	NUMERO DE CELULAR		TELÉFONO (CASA, TRABAJO)	
		() -		() -	
PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (PRIMERO)	PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (APELLIDO)	NUMERO DE CELULAR		TELÉFONO (CASA, TRABAJO)	
		() -		() -	
DOMICILIO		APT. # (SI ES APLICABLE)	CUIDAD	CÓDIGO POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO		ESCUELAS			
		<input type="checkbox"/> Adams <input type="checkbox"/> California <input type="checkbox"/> College Park <input type="checkbox"/> Davis <input type="checkbox"/> Killybrooke <input type="checkbox"/> Paularino <input type="checkbox"/> Sonora <input type="checkbox"/> Victoria <input type="checkbox"/> Whittier			

HISTORIA MEDICA		
Marque todo lo que aplica	NIÑO 1	NIÑO 2
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Viruelas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Liendres (recientemente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras enfermedades/condiciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contesto Si, por favor explique: _____		
Mi hijo requiere atención 1-a-1 ** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
** <i>Tenga en cuenta que la Ciudad se esfuerza por hacer adaptaciones razonables para los participantes con una necesidad especial o discapacidad del desarrollo. Actualmente, la Ciudad no ofrece servicios de inclusión estructurados a los participantes que requieren asistencia 1-a-1 para asistencia o supervisión durante el horario del programa. Se aceptará una ayuda 1-a-1 proporcionada por la familia / tutor del participante con la documentación adecuada.</i>		
Si su niño(a) necesita tomar medicina mientras asiste el programa de R.O.C.K.S, es necesario llenar una forma de "Solicitud para Tomar Medicina". Por favor solicite esta forma.		
Nombre de Medicina: _____	Razón: _____	

OPCIONES DE PAGO Y PRECIOS				
SESIONES			COSTO PARA TODAS LAS SESIONES	
<input type="checkbox"/> agoto. 19 – sept. 27	\$83 (6-semanas)	<input type="checkbox"/> feb. 3 – feb. 28	\$47 (3-semanas)	<input type="checkbox"/> 19 de agosto de 2024 – 6 de junio de 2025 \$548 (37-semanas) ** El precio son por sesión independientemente de la cantidad de días escolares en la sesión o la cantidad de días que su hijo (a) atendieron el programa. **
<input type="checkbox"/> sept. 30 – oct. 31	\$70 (5-semanas)	<input type="checkbox"/> marzo 3 – marzo 28	\$58 (4-semanas)	
<input type="checkbox"/> nov. 4 – nov. 26	\$47 (3-semanas)	<input type="checkbox"/> marzo 31 – abril 25	\$47 (3-semanas)	
<input type="checkbox"/> dic. 2 – dic. 20	\$47 (3-semanas)	<input type="checkbox"/> abril 28 – mayo 23	\$58 (4-semanas)	
<input type="checkbox"/> enero 6 – enero 31	\$58 (4-semanas)	<input type="checkbox"/> mayo 27 – junio 6	\$33 (2-semanas)	

DESLIGAMIENTO de RESPONSABILIDADES
<p>1. PÓLIZAS GENERALES: Yo, el/la abajo firmante, entiendo y acepto las pólizas generales aquí establecidas. Además, entiendo que si un participante ha sido o es objeto de disciplina, suspensión, o expulsión en relación con cualquier programa de recreación de la ciudad, o ha exhibido una conducta disruptiva, la Ciudad de Costa Mesa, a su discreción, anular la inscripción inmediata del participante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las solicitudes de reembolso deberían hacerse por escrito durante la primera semana de cada sesión. Se cobrarán \$20 por el servicio. Se puede enviar solicitudes de reembolso por correo electrónico a cmrecinfo@costamesaca.gov Una multa de \$20 se cobrará por cada 10 minutos que su(s) niño(s) sean recogidos tarde. He leído y entendido las reglas y el proceso disciplinario del Programa de R.O.C.K.S (paquete para padres). <p>INICIAL DEL PADRE/GUARDIÁN: _____</p> <p>2. ASUNCIÓN DE RIESGO: Entiendo perfectamente que mi participación o la de mis hijo(s) en los programas de recreación de la ciudad puede exponer a mí o a mis hijos al riesgo de lesiones físicas, muerte y/o daños de propiedad. Por la presente reconozco que la participación en los programas de la ciudad es voluntaria y acepto asumir el riesgo completo de cualquier lesión física o daño y/o pérdidas de propiedad, independientemente de la gravedad e incluso la muerte, que pueda ocurrir en relación con mi participación o la de mis hijo(s) en los programas de la ciudad.</p> <p>3. AUTORIZACIÓN DE FOTOS: Entiendo que representantes de la ciudad pueden fotografiar o grabar las actividades de los programas de la ciudad y a los participantes. Autorizo que la ciudad puede usar y/o publicar la foto(s) o la imagen de mí o mis hijo(s) fotografiado o grabado durante la participación de mí o mis hijo(s) en programas de la ciudad para promocionar los servicios y los programas de la ciudad y para cualquier otro propósito, sin compensación a mí o a mis hijo(s).</p> <p>4. AUTORIZACIÓN MÉDICA: Autorizo que la ciudad provee o haga que se provea cualquier tratamiento médico a mis hijo(s) que sea necesario o apropiado si cualquier daño ocurra durante mi participación o la de mis hijo(s) en los programas de recreación de la ciudad. Además, acepto pagar cualquier y todos los gastos incurridos en relación con dicho tratamiento.</p> <p>5. POLÍZA DE CONDUCTA DE CIVILIDAD: Entiendo que la póliza de conducta de civilidad del departamento de parques y servicios comunitarios intenta proveer un ambiente seguro, amistoso y cómodo para los participantes y los empleados de la ciudad por requerir que todos "traten a los demás como ustedes quieren ser tratados." Entiendo que cualquier participante que viole la póliza de conducta de civilidad puede, dependiendo de la gravedad de la violación, estar sujeto a acción disciplinaria, incluyendo, pero no limitado a, una advertencia verbal, destitución inmediata del programa/evento, y/o la prohibición de la participación futura en los programas de la ciudad.</p> <p>6. RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Yo, con la intención de obligarse jurídicamente para mí y mis herederos, representantes personales, familiares y cualquiera que podría hacer una demanda en mi nombre, por la presente renuncio y libero a la ciudad de Costa Mesa y sus funcionarios elegidos, funcionarios, agentes, empleados, y voluntarios de cualquier y todas demandas para daños y/o responsabilidad, aunque causado por cualquier acto negligente activo o pasivo u omisión de la ciudad de Costa Mesa, o sus funcionarios elegidos, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios, o relacionado de otra manera a mi participación o a la de mis hijo/hijos en programas de la ciudad. Prometo que no demandaré a la ciudad de Costa Mesa, o sus funcionarios elegidos, funcionarios, agentes, empleados y/o voluntarios por cualquier daño que incurra en relación con los programas de la ciudad. Esta autorización y exención se extiende a todas las demandas de cada tipo o clase, previsto o imprevisto, conocido o desconocido.</p> <p>Como parte de nuestro compromiso al "Acto de Americanos con Incapacidades" (ADA) y nuestros participantes, ¿necesita servicios especiales para su participación en las actividades mencionadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesto sí, por favor explique: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Imprime nombre: _____</p> <p>Fecha: _____</p>